

Bedrijfsgezondheidszorg, aspecten van kwaliteit

Citation for published version (APA):

van Attekum, A. M. N. G. (1993). *Bedrijfsgezondheidszorg, aspecten van kwaliteit*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19930917aa>

Document status and date:

Published: 01/01/1993

DOI:

[10.26481/dis.19930917aa](https://doi.org/10.26481/dis.19930917aa)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

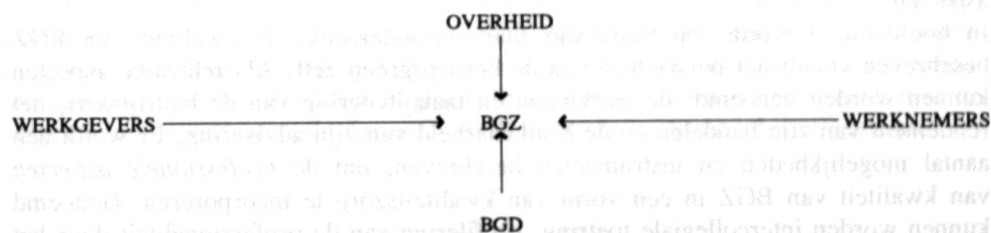
Samenvatting

In dit exploratieve, transversale onderzoek wordt de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) beschreven zoals die wordt ervaren door leverancier en ontvanger. Bij deze beschrijving wordt de aspectbenadering gehanteerd, dat wil zeggen dat hier aspecten worden beschreven die mogelijk een positieve invloed hebben op het kwaliteitsniveau van BGZ zonder dat een definitie in strikte zin van kwaliteit wordt gegeven.

Het kwaliteitsniveau wordt langs twee sporen benaderd: professionaliteit en klantgerichtheid, waarbij de doelstelling van BGZ, namelijk het "leveren van een bijdrage aan het optimaliseren van de gezondheid van de werkende mens" steeds als achtergrond dient voor de beoordeling van de ervaren kwaliteit.

Als belangrijkste leveranciers van BGZ gelden de bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD'en). Zij opereren binnen een complex relatienetwerk van partijen die soms tegengestelde belangen hebben en de kwaliteit van BGZ kunnen beïnvloeden (zie figuur 1).

De ontvangers van BGZ zijn primair de werknemers, maar met de werkgever gaan BGD'en dienstverleningscontracten aan.



Figuur 1. Partijen die de kwaliteit van BGZ kunnen beïnvloeden

De spanningsvelden die in dit netwerk kunnen optreden zijn als volgt te onderscheiden:

- verschillen in verwachtingspatroon bij klanten (werkgevers en werknemers)
- verschillen in verwachtingspatroon bij BGD'en enerzijds en klanten anderzijds
- verschillen in verwachtingspatroon bij de binnen BGD'en opererende Arbeidskundigen
- verschillen in waardering van BGZ door de klanten.

Deze spanningsvelden kunnen in positieve zin worden beïnvloed wanneer BGD'en zich duidelijk profileren. Het is voor de BGD'en vanzelfsprekend en ook noodzakelijk dat ze zich voortdurend bezinnen op de vraag welke diensten zij moeten leve-

ren. Dit geldt eens te meer nu in het afgelopen decennium sterke veranderingen (crises zo men wil) zijn opgetreden op een tweetal terreinen waarmee de BGD'en logischerwijs - ze bevinden zich immers op het snijpunt van de gezondheidszorg en het bedrijfsleven - werden geconfronteerd, namelijk veranderingen in de gezondheidszorg en veranderingen in (de organisatie) van arbeid. Door zowel de leverancier als ontvanger werd kritiek geuit dat BGD'en onvoldoende (snel) inspeelden op de veranderde behoefte en wensen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de *kritiek* van de klant (werkgever, werknemers), de beroepsgroep (NVAB) en de overheid. In hun kritiek hebben deze groepen gemeen dat BGD'en onvoldoende toegankelijk waren voor wensen en behoeften van klanten. Onvoldoende traden BGD'en in overleg met de klant, onvoldoende slaagden zij erin wensen van klanten in concrete BGZ-activiteiten te vertalen. BGD'en slaagden er onvoldoende in hun "toegevoegde waarde" te bewijzen.

Hoewel het onderzoek de rol van de overheid niet behandelt, beschrijft hoofdstuk 5 de (veranderde) rol en invloed van de *overheid* (en wetgeving) op (de kwaliteit van) BGZ. De overheid treedt terug. Dit is een trend die internationaal kan worden waargenomen. De verantwoordelijkheid voor een goed arbeidsomstandighedenbeleid wordt gelegd bij de sociale partners en op bedrijfsniveau in het samenspel werkgever-werknemer. De overheid volstaat met het formuleren van minimumeisen en een gewenste situatie.

De in dit onderzoek gekozen tweesporen-benadering van de kwaliteit van BGZ onderscheidt twee clusters van kwaliteitsaspecten: professionele en klantgerichte aspecten.

In hoofdstuk 3 wordt, op basis van literatuuronderzoek, de kwaliteit van BGZ beschreven vanuit het perspectief van de beroepsgroep zelf. Als relevante aspecten kunnen worden genoemd: de werkwijze en taakuitvoering van de bedrijfsarts, het rendement van zijn handelen en de bruikbaarheid van zijn advisering. Er wordt een aantal mogelijkheden en instrumenten beschreven, om de *professionele aspecten* van kwaliteit van BGZ in een vorm van kwaliteitszorg te incorporeren. Genoemd kunnen worden intercollegiale toetsing, profilering van de professionaliteit door het formuleren van beroepscode's, en protocollering van BGZ-taken.

In hoofdstuk 4 wordt het begrip marketing besproken. Marketing zou aan de BGZ een kwalitatieve bijdrage kunnen leveren. Enerzijds ligt deze bijdrage in het expliciteren van een klantgericht dienstenpakket, anderzijds in het benadrukken van het belang van *klantgerichte aspecten* van kwaliteit voor een "totaal" kwaliteitsoordeel. Het SERVQUAL-model biedt een mogelijkheid om een aantal essentiële klantgerichte kwaliteitsaspecten te inventariseren, met name op het operationele niveau van BGD-activiteiten. Industriële marketingprincipes, waar reeds veel ervaring mee is opgedaan, zijn niet zondermeer van toepassing binnen de dienstverlening, aangezien er een aantal essentiële verschillen is tussen het leveren van een dienst en het maken van een produkt. Alvorens marketing te kunnen toepassen binnen BGD'en, zal een aantal knelpunten moeten worden opgelost. BGD'en zullen de diensten die

zij willen leveren en de doelgroepen die zij willen bereiken duidelijk moeten benoemen, BGD'en zullen moeten leren de klant meer expliciet te betrekken bij het formuleren van behoeften en een hieruit resulterend dienstenaanbod, en BGD'en zullen het belang moeten erkennen van de beoordeling van de dienstverlening door de klant voor de kwaliteit van BGZ.

De vraagstelling van het onderzoek is tweeledig. In de eerste plaats wordt geprobeerd de vraag te beantwoorden hoe leverancier en ontvanger van BGZ de kwaliteit van BGZ ervaren op de respectieve aspecten professionaliteit en klantgerichtheid. Daarnaast is onderzocht welke bedrijfs- en bedrijfsartsvariabelen samenhangen met de ervaren kwaliteit. Op een aantal verschillen tussen BGD-organisatievormen (respectievelijk de gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdienst (GD) en enkelvoudige bedrijfsgezondheidsdienst (EVD)) wordt gewezen. Bij de keuze van de variabelen is zoveel mogelijk gekeken naar de taken en taakuitvoering van de bedrijfsarts, zoals deze worden genoemd in de Arbowet, en zoals deze concreet worden uitgevoerd.

De doelen van dit exploratieve onderzoek waren een algemene verkenning van het voorkomen van een tweetal clusters van aspecten van kwaliteit (professionaliteit en klantgerichtheid), een eerste oriëntatie met betrekking tot factoren gekoppeld aan de bedrijfsarts of het bedrijf die met deze aspecten van kwaliteit samenhangen, en het exploreren van eventuele verschillen in ervaren kwaliteit tussen GD en EVD.

De onderzoeksgegevens werden verkregen door schriftelijke enquëtering van een steekproef uit de directies van BGD'en, bedrijfsartsen van BGD'en, hoofden personeelszaken, voorzitters werknemersvertegenwoordigingen en werknemers van technische diensten. Aan alle respondenten werd hun mening gevraagd over verschillende aspecten van de ervaren kwaliteit van BGZ, geleverd aan een concreet en benoemd bedrijf. Overigens kan worden opgemerkt dat de onderscheiden aspecten van kwaliteit van BGZ niet in gelijke mate kunnen worden beoordeeld door de respectieve respondenten. In figuur 2 wordt het onderzoeksmodel weergegeven.

bedrijfsarts-variabelen
 ervaring bedrijfsarts
 overleg met directie
 afspraak rapportage
 ervaren speelruimte
 beschikbare tijd
 professionele taakopvatting
 curatieve taakopvatting
 klantgerichte taakopvatting

bedrijfsvariabelen
 grootte bedrijf
 fysieke arbo
 verzuimhoogte
 snelheid contact met zieken

professionele kwaliteit

- > werkwijze bedrijfsarts
- > werkkerrein BGD
- > bruikbaarheid advies
- > professionele taakuitvoering
- > rendement BGZ-kerntaken

klantgerichte kwaliteit

- > ondersteunende rol
- > houding BGD
- > ervaring met taakuitvoering
- > samenwerking BGD-bedrijf
- > afstemming taakuitvoering

totale
kwaliteit

Figuur 2. Het onderzoeksmodel

Hoofdstuk 7 geeft een beschrijving van het BGZ-relatienetwerk. Als opmerkelijke bevindingen kunnen worden genoemd de dominantie van de professional bij de totstandkoming van het contract tussen BGD en bedrijf en de discrepantie in gewenste financiering van BGZ en de organisatie van de verzekeringsgeneeskundige taak tussen leverancier en klant. Het interactieproces tussen BGD en bedrijf en het hieruit resulterende dienstenpakket leidt tot een andere inzet van mensen en middelen. Overigens lijkt het erop dat in de onderzochte EVD-bedrijven de discussie over vorm en inhoud van de gewenste dienstverlening niet expliciet plaatsvindt.

De bedrijfsartsen in dit onderzoek kunnen op basis van hun taakopvattingen over BGZ worden onderscheiden in drie groepen: bedrijfsartsen met een *curatieve* taakopvatting (met onder andere als kenmerken curatieve ervaring en wensen), *professionele* taakopvatting (met onder andere als kenmerk de eigen mening doorslaggevend te laten zijn), en *klantgerichte* taakopvatting (met onder andere als kenmerk een klantvriendelijke opstelling).

In hoofdstuk 8 worden de onderzochte aspecten van kwaliteit van BGZ beschreven. De kwaliteit wordt, zoals reeds werd aangegeven, beschreven langs twee sporen. Het ene spoor leidt langs een aantal aspecten van professionele kwaliteit, het andere spoor langs een aantal aspecten van klantgerichte kwaliteit.

De belangrijkste bevindingen met betrekking tot de *professionele kwaliteit* kunnen als volgt worden samengevat.

De BGD heeft regelmatig contact met het bedrijf. De GD-bedrijfsarts maakt vaker afspraken over rapportage dan de EVD-bedrijfsarts. Hij rapporteert ook vaker. Er wordt in het algemeen vaker gerapporteerd aan de directie dan aan de onderne-

mingsraad van het bedrijf. Het bedrijf neemt meestal zelf het initiatief om BGZ-activiteiten te entameren. De opstelling van de BGD is te karakteriseren als reactief, reagerend op signalen uit het bedrijf. De BGD houdt zich in hoofdzaak bezig met individugebonden problematiek, en zij wordt zelden ingeschakeld op algemeen beleidsterrein, zoals bijvoorbeeld bij nieuwbouw. In zijn algemeenheid lijkt de BGD naast de kerntaken (en EHBO) weinig extra activiteiten te ontplooiën. De advisering van de BGD wordt door personeelszaken als goed bruikbaar ervaren. De ondernemingsraad is in het algemeen minder positief over de kwaliteit van advisering dan personeelszaken. Ook door bedrijfsartsen, die geen formele verzekeringsgeneeskundige taak hebben, worden regelmatig uitspraken gedaan over de arbeids(on)geschiktheid van werknemers. Werknemers ervaren bij het periodiek onderzoek zelden een verband met het werk. De rol van de bedrijfsarts op de werkplek is meestal reactief, dat wil zeggen dat hij zal reageren op signalen en verzoeken van het bedrijf. De BGZ-kerntaken hebben in de ogen van de ondernemingsraad maar weinig rendement.

De belangrijkste bevindingen met betrekking tot de *klantgerichte kwaliteit* kunnen als volgt worden samengevat.

Eenderde (GD-bedrijven) tot de helft (EVD-bedrijven) van personeelszaken is van mening dat de BGD in belangrijke mate een ondersteunende rol speelt bij de totstandkoming van het sociaal beleid. De ondernemingsraad is minder vaak dan personeelszaken van mening dat de BGD in belangrijke mate het sociaal beleid ondersteunt. De BGD wordt als een laagdrempelige voorziening beschouwd, maar de houding van de BGD-medewerkers wordt, meer in GD- dan in EVD-bedrijven, niet altijd ervaren als klantvriendelijk.

De uitvoering van het aanstellingsonderzoek en het periodiek onderzoek wordt door de werknemers als positief ervaren. Sociaal-medische begeleiding (SMB) wordt in 10% van de GD-bedrijven en in ongeveer een derde van de EVD-bedrijven als controle ervaren. Volgens 90% van de ondernemingsraad in GD-bedrijven en ongeveer de helft van de ondernemingsraad in EVD-bedrijven heeft de BGD voldoende kennis van de werkomstandigheden. De samenwerking tussen BGD en bedrijf wordt door BGD en bedrijf als positief ervaren.

De klant (ondernemingsraad en werknemers) en de bedrijfsarts hebben wensen over de uitvoering van de kerntaken, waaraan in de praktijk (nog) niet wordt voldaan. Met name is dit het geval bij het periodiek onderzoek en het werkplekonderzoek. De ondernemingsraad en de werknemers ondersteunen de wens van de bedrijfsarts van een minder nadrukkelijke SMB-rol. De mening van personeelszaken hierover is niet bekend.

In hoofdstuk 9 wordt de invloed onderzocht van een aantal bedrijfsarts- en bedrijfsvariabelen op de onderzochte aspecten van kwaliteit van BGZ.

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat er, gezien de beperkte omvang van de onderzochte populatie en de gevonden correlaties, en het transversale karakter van

het onderzoek geen uitspraken kunnen worden gedaan over de causaliteit van gevonden verbanden. Nader onderzoek is hiervoor nodig.

De bevindingen laten zich als volgt samenvatten:

Bedrijfsarts-gebonden factoren

Naarmate de bedrijfsarts langer werkzaam is voor het bedrijf (*ervaring*), wordt een aantal professionele aspecten van kwaliteit negatief beleefd. Er is geen significante invloed van de ervaring van de bedrijfsarts op de onderzochte klantgerichte aspecten van kwaliteit. Als opmerkelijk verschil tussen GD en EVD komt naar voren dat in EVD-bedrijven ervaring van de bedrijfsarts wel samengaat met een mening van de ondernemingsraad dat de BGD naast haar kerntaken voldoende doet.

Naarmate de bedrijfsarts vaker *overleg voert met de directie* van het bedrijf, is er sneller contact door de BGD met zieke werknemers. Het vaker overleggen met de directie van het bedrijf gaat ook samen met het toekennen van meer rendement aan het werkplekonderzoek. Dit kan erop wijzen dat de BGD in het overleg met de directie de haalbaarheid van werkplekonderzoek en de oplossing van de hieruit voortvloeiende problematiek van tevoren toetst, en daarmee de effectiviteit van het handelen vergroot. Het vaker overleggen met de directie gaat overigens ook samen met een negatieve beleving van een tweetal klantgerichte kwaliteitsaspecten: de verzuimbegeleiding van de BGD wordt meer als controle ervaren, en de BGD onderneemt volgens de ondernemingsraad onvoldoende extra activiteiten naast haar kerntaken.

Naarmate er meer *afspraken over rapportage* aan het bedrijf worden gemaakt, is er vaker sprake van een klantgerichte taakopvatting van de bedrijfsarts. Als er afspraken worden gemaakt over het rapporteren aan het bedrijf wordt de samenwerking tussen BGD en personeelszaken consistent, de bedrijfsarts rapporteert ook vaker in gelijke mate aan directie en ondernemingsraad. Op het medisch terrein sec (in casu periodiek onderzoek) blijkt de BGD beter aan de verwachtingen te kunnen voldoen dan op het terrein van werkplekonderzoek, waar een discrepantie optreedt tussen praktijk en wens c.q. verwachting.

In grote bedrijven ervaart de bedrijfsarts meer *speelruimte*. Opmerkelijk is dat deze grotere speelruimte niet samengaat met het gevoel van grotere professionele autonomie. Het lijkt erop dat de BGD pas meer speelruimte ervaart als zij tenminste een nadrukkelijke SMB-rol speelt.

Naarmate de bedrijfsarts meer *tijd ter beschikking* heeft onderneemt hij vaker extra activiteiten. Hij zet deze tijdsruimte echter niet om in door de klant gewaardeerde activiteiten, zoals werkplekonderzoek.

De invloed van de *taakopvatting* van de bedrijfsarts op de onderzochte aspecten van kwaliteit is verschillend.

Een *professionele taakopvatting* gaat samen met een groot aantal negatieve ervaringen van de klant, zoals het minder steun ervaren van de BGD door de ondernemingsraad, en het als niet klantvriendelijk ervaren van de houding van de BGD. Een professionele houding wordt als afwachtend en afstandelijk ervaren.

Een *curatieve* taakopvatting heeft geen significante samenhang met aspecten van professionele kwaliteit. De invloed van een curatieve taakopvatting van de bedrijfsarts op de klantgerichte kwaliteit is verschillend tussen GD en EVD. In GD-bedrijven gaat een curatieve taakopvatting van de bedrijfsarts samen met het vaker bruikbaar vinden van de advisering door de ondernemingsraad en met het ervaren van meer steun van de BGD door de ondernemingsraad, terwijl in EVD-bedrijven een curatieve taakopvatting van de bedrijfsarts door de klant als negatief wordt ervaren: de ondernemingsraad ervaart de verzuimbegeleiding als controle, de samenwerking tussen BGD en ondernemingsraad is minder consistent. De nadruk komt te liggen op SMB, een door de EVD-bedrijfsarts en personeelszaken gewenste activiteit. Het gaat echter ten koste van het (kunnen) ondernemen van extra activiteiten.

Een meer *klantgerichte* taakopvatting van de bedrijfsarts gaat samen met het minder snel contact opnemen met zieken, en het vaker maken van afspraken over rapportage. Het lijkt erop dat klantgerichtheid wordt geïnterpreteerd als het zich meer richten naar de wens van ondernemingsraad en werknemers.

Bedrijfsgebonden factoren

In *grotere* bedrijven komen minder fysiek belastende arbeidsomstandigheden voor. Naarmate het bedrijf groter is, wordt de bedrijfsarts vaker ingeschakeld op algemeen beleidsterrein. In GD-bedrijven wordt de sociaal medische begeleiding meer als controle ervaren naarmate het bedrijf groter is, terwijl in EVD-bedrijven dit het geval is naarmate het bedrijf kleiner is. Er lijkt dus sprake van een bepaalde bandbreedte in bedrijfsgrootte waarbinnen SMB door werknemers als controle wordt ervaren.

Naarmate er in het bedrijf meer *fysiek belastende arbeidsomstandigheden* voorkomen kan de bedrijfsarts het periodiek onderzoek en werkplekonderzoek meer naar eigen wens uitvoeren. De ondernemingsraad ervaart echter in bedrijven met veel fysiek belastende arbeidsomstandigheden minder steun van de BGD, advisering wordt ook minder bruikbaar gevonden. Er lijkt sprake van een discrepantie tussen beleving in de praktijk en hetgeen de ondernemingsraad (in dit soort bedrijven) van de BGD verwacht. Opmerkelijk is dat er geen samenhang is tussen de arbeidsomstandigheden in het bedrijf en het werkt terrein van de BGD.

Naarmate het *verzuim* in het bedrijf hoger is, ontstaat er een positief beeld van de door de BGD geleverde zorg. De BGD zelf ervaart meer armslag en de ondernemingsraad oordeelt positief over een aantal professionele en klantgerichte aspecten van kwaliteit. Er is echter wel sprake van een contrasterend beeld tussen GD- en EVD-bedrijven. In GD-bedrijven is er sprake van een positief verband tussen de hoogte van het verzuim en de ervaren kwaliteit, terwijl in EVD-bedrijven het omgekeerde het geval is. In GD-bedrijven vormt een hoog verzuim mogelijk een onomstreden gezamenlijk aandachtspunt voor de BGD en de ondernemingsraad; een legitimatie voor de BGD om activiteiten te ontplooiën. In EVD-bedrijven wordt een hoog verzuim daarentegen gezien als uiting van falend rendement.

Naarmate de BGD *sneller contact* opneemt met *zieke* werknemers, voert de bedrijfsarts vaker overleg met de directie van het bedrijf. Deze zichtbare uiting van

SMB gaat samen met het ervaren van de verzuimbegeleiding door ondernemingsraad en werknemers als controle, en ook met een betere samenwerking tussen BGD en directie. Er treedt echter een verschil op tussen GD- en EVD-bedrijven, dat niet alleen verklaard kan worden door een feitelijk verschil tussen de uitvoering van sociaal-medische begeleiding, maar dat ook te maken heeft met de door de klant ingeschatte (en misschien ook ingenomen) positie van de BGD.

Er kan worden opgemerkt dat een aantal verwachte verbanden tussen bedrijfsarts- en bedrijfsgebonden factoren en kwaliteitsaspecten niet werd gevonden. Zo blijkt dat noch de aard van de arbeidsomstandigheden, noch de bedrijfsgrootte van invloed zijn op de omvang van de BGZ-activiteiten. Blijkbaar bepaalt de klant (en diens problemen) maar in beperkte mate de breedte van de geleverde BGZ. Ook bleken de onderzochte bedrijfsarts- en bedrijfsvariabelen niet van invloed te zijn op het al dan niet ervaren van steun van de BGD door personeelszaken. Met uitzondering van een negatieve samenhang tussen het voorkomen van fysiek belastende arbeidsomstandigheden en het bruikbaar vinden van de advisering door de ondernemingsraad, bepalen de onderzochte bedrijfsarts- en bedrijfsvariabelen blijkbaar niet de bruikbaarheid van de advisering van de BGD bij de klant (personeelszaken en ondernemingsraad).

De rendementsbeoordeling lijkt niet op taakniveau bepaald te worden. Er is sprake van een algemeen rendementsoordeel, niet zozeer van een echte effectiviteitsbeoordeling. Rendement lijkt door de ondernemingsraad te worden gebruikt als een maat voor door de BGD geleverde inspanningen en een actieve opstelling. Vooral als de BGD activiteiten ontplooit op het gebied van periodiek onderzoek of werkplekonderzoek, wordt dit door de ondernemingsraad als steun ervaren.

Er is een samenhang tussen het ervaren van de SMB als controle door ondernemingsraad en werknemers. Ieder voor zich lijken ze echter door andere bedrijfsarts-variabelen te worden beïnvloed: het als controle ervaren van de SMB door de ondernemingsraad gaat samen met een meer curatieve taakopvatting van de bedrijfsarts, terwijl het als controle ervaren van de SMB door werknemers samengaat met het vaker overleg plegen van de BGD met de directie van het bedrijf.

De kwaliteit van BGZ wordt verschillend ervaren in GD- en EVD-bedrijven. Ook de invloed van bedrijfsarts- en bedrijfsvariabelen op het kwaliteitsniveau van BGZ blijkt te worden beïnvloed door de organisatiewijze van BGZ (GD of EVD). Met betrekking tot een aantal items werden deze verschilpunten verder uitgewerkt. Het betreft: bedrijfsgrootte, verzuim, ervaring en taakopvatting van de bedrijfsarts.

De belangrijkste conclusie is dat aspecten van professionele kwaliteit anders en door andere factoren (bedrijfsartsvariabelen en/of bedrijfsgebonden variabelen) worden beïnvloed dan klantgerichte aspecten van kwaliteit. Dit maakt bij het ontwikkelen van kwaliteitszorg binnen BGD'en een evenwichtige opbouw langs twee sporen noodzakelijk, enerzijds gericht op professionaliteit en anderzijds gericht op klantgerichtheid.

De resultaten van het onderzoek worden in hoofdstuk 10 aan een beschouwing onderworpen. Het onderzoek legt een aantal spanningsvelden voor de BGD duidelijk bloot. BGD'en hebben te maken met een klantsysteem waarin prioriteiten niet uniform worden gesteld en waarin BGZ-activiteiten verschillend worden gewaardeerd. Oplossingen voor de BGD om uit dit hieruit resulterende spanningsveld te geraken, kunnen gezocht worden in pogingen om meer aan de vraag van de klant te beantwoorden langs twee sporen, te weten *en* in een verdere uitbouw van professionaliteit, *en* in de ontwikkeling van andere taken c.q. taakopvattingen, die meer aansluiten bij de wens van de klant. Het belang voor de BGD om bij kwaliteitszorg een evenwichtig beleid te voeren, enerzijds gericht op professionele kwaliteit en anderzijds gericht op klantgerichte kwaliteit, wordt in het laatste hoofdstuk verder uitgewerkt.

Ten aanzien van de vragen of BGD'en meer aan de vraag van de klant kunnen beantwoorden dan tot nu toe het geval is geweest en of BGD'en BGZ op maat kunnen leveren, kan worden geconstateerd dat er sprake is van meerdere klanten. BGD'en zullen een keuze moeten maken uit de diensten die ze willen leveren en de klanten die ze willen bereiken. Er treedt hierbij een spanningsveld op tussen het willen leveren van integrale zorg door de professional en de, eventueel vanuit kostenoverwegingen versterkte, tendens dat klanten slechts geïsoleerde diensten vragen, waarbij de samenhang in BGZ onder druk komt te staan.

Professionaliteit dient verder te worden ontwikkeld door protocollering van BGZ, door het ontwikkelen van een beroepscode en beroepsprofiel (voor alle binnen de BGD opererende disciplines), en door het toepassen van toetsingsinstrumenten van professionele kwaliteit, zoals intercollegiale toetsing. Een belangrijke rol is weggelegd voor de opleidingsinstituten CBO, SKB en overkoepelende organisaties van BGD'en alsook in het kader van kwaliteitstoetsing op te richten, certificatie-instituten.

De zowel binnen de beroepsgroep als binnen de maatschappij verschuivende opvattingen ten opzichte van SMB en de rol hierin van BGD'en, dwingen BGD'en tot positiebepaling en eventueel bijstelling in hun taakopvattingen. Het in één hand uitvoeren van verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsgeneeskundige taken lijkt mogelijk, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan, namelijk dat de BGD zich niet uitsluitend tot deze SMB-rol beperkt, en mits de BGD een autonome positie voldoende kan waarborgen.

Het onderzoek wordt afgesloten met het formuleren van enkele aanbevelingen met betrekking tot kwaliteitszorg binnen BGD'en. Zowel de overheid, als de beroepsgroep kunnen naast de BGD'en zelf een waardevolle bijdrage leveren om professionele en klantgerichte kwaliteit van BGZ vorm en inhoud te geven. Van de *overheid* wordt een meer sturende en verplichtende rol verwacht. De *beroepsgroep* kan een voortrekkersrol vervullen in een verdere ontwikkeling van professionele kwaliteit van BGZ. De *BGD'en* zelf moeten een kwaliteitszorg ontwikkelen die een evenwichtige opbouw kent van professionaliteit en klantgerichtheid.

Summary

The quality of occupational health care (OHC) as it is experienced by providers *and* recipients is described in this explorative cross-sectional study, by means of component analysis. That means that a description is given of aspects that may influence the quality level of OHC positively, while no definition is given of quality in the narrow sense of the word.

An opinion about the quality of OHC experienced should be considered against the background of the objectives of OHC: 'to contribute to the optimum health of the working individual'. In this study quality of OHC is approached along two tracks: professionalism and orientation towards the client.

Occupational Health Services (OHS's) work in a complex network of contacts, and in a sphere of activity where interests are partly incompatible. In establishing OHC, and in influencing its quality several parties play a part (see figure 1).

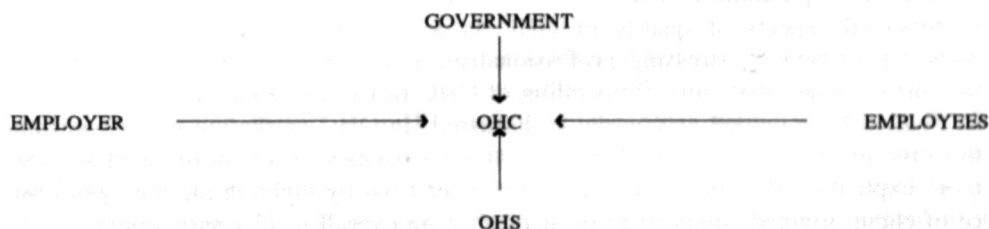


Figure 1. Parties that may influence the quality of OHC.

There are several areas of tension: in the differences in appreciation of OHC by the clients (employers and employees), and in the expectations

- among the clients in the client system;
- between OHS and clients;
- between the different experts on working conditions in the employ of the OHS;

The solution is to be found in the OHS's clearly stressing their distinctive features. The reflection implied and continuously required for OHS's concerning the kind of services they have to provide was intensified by the great changes (or crises) that have occurred during the past decade in two areas that OHS's logically had to cope with as they are at the crossroads of health care and business. It concerned changes in health care, and in (the organization) of labour.

There was criticism by providers and recipients of OHC as a manifestation of insufficient promptness in anticipating changed needs and desires.

Chapter 2 describes the criticism of clients, the professional group and the government. The common factor in their criticism was that OHS's have been insufficiently accessible to the needs and desires of their clients. There was insufficient consultation with the client, and OHS's insufficiently succeeded in translating clients' desires in actual OHC activities.

Although this study does not deal extensively with the government's role, chapter 5 describes the (changing) part and influence of the government (and legislation). Government withdraws, which is an international trend. Responsibility for a sound working conditions policy is passed to the employers' organizations and trade unions, and at company level it is passed to the combined action of the employer and the workers. Government confines itself to formulating minimum requirements and a description of the desired situation. Quality testing of the care provided or of the attention paid to the working conditions does not take place directly.

In the two-track approach of the quality of OHC two clusters of quality aspects are distinguished: professional and client-oriented aspects.

Chapter 3 describes, on the basis of a literature survey, the quality of OHC from the perspective of the professional group. Relevant aspects are: the occupational physician's method of working and the performance of his task, the efficiency of his actions and the usefulness of his advice.

A number of possibilities and instruments are described that may incorporate the professional aspects of quality of OHC in a type of quality assurance. In this respect peer review, stressing professionalism as a distinctive feature by formulating professional codes and protocolling of OHC tasks can be mentioned.

In chapter 4 the marketing concept is discussed. In OHC marketing might contribute to its quality. This can be done by making a package of client-oriented services more explicit on the one hand, and on the other hand by highlighting the significance of client-oriented components of quality for an overall quality assessment.

The SERVQUAL-model offers the opportunity to list a number of elemental client-oriented quality aspects, in particular at the working level of OHS's activities.

Well-tried industrial marketing principles cannot be applied as a matter of course in service provision, as there are a number of fundamental differences between service provision and the manufacture of goods.

There are a number of bottlenecks to be dealt with before marketing principles may be applied in OHS's. After all, the package of services of OHS's still seems to be insufficiently defined, the distinctive features of OHS's still seem to be insufficiently stressed, there is too much emphasis on professionalism in infrastructure and thinking at the expense of client-oriented service provision, and there is an aversive attitude towards applying a mix of marketing instruments.

The presentation of the question is twofold. Firstly, an attempt is made to answer the question how OHC providers and recipients experience the quality of OHC concerning professionalism and client-related service provision respectively. Secondly, attention is paid to the question which company variables and occupatio-

nal physician variables are coupled with the quality experienced. A number of differences between organizational forms of OHS's (joint occupational health services and plant occupational health services (JOHS and POHS)) are pointed out. The research data were obtained by questionnaires completed by a random sample of the management of OHS's, occupational physicians of OHS's, heads of personnel, chairmen of workers representatives organizations, and workers in technical departments. All respondents were asked to give their opinions about different aspects of the quality of OHC experienced, which was provided to an actual company mentioned by name. This made it possible to study the question how the OHC provider is to tailor service provision to the recipient's needs.

Chapter 7 describes the OHC network of contacts. Remarkable findings include the dominance of the professional when the contract is made, and the discrepancy in the desired financing and organization of OHC between provider and customer. The package of services resulting from the dialogue between OHS's and companies will lead to different employment of people and means. It seems though that in POHS's there is no explicit discussion on form and content of the service desired.

In the conception of their tasks three aspects may be distinguished among occupational physicians: a curative conception (including features such as curative experience and desires), a professional conception (including the feature that their personal opinion is of overriding importance), and a client-oriented comprehension (including the feature of a customer-friendly attitude).

In this research a study is made of the relationship between a number of factors related to occupational physicians and companies on the one hand, and professional and client-oriented factors of OHC quality on the other hand (see figure 2). In choosing the variables a close link was made - as far as possible - to the tasks and the performance of tasks by an occupational physician as they are described in the Dutch Occupational Health and Safety Act (Arbowet), and as they are performed in practice.

In chapter 8 the quality experienced from professionalism on the one hand and customer-orientation on the other hand is described. It should be mentioned that the different aspects of quality of OHC experienced cannot be equally assessed by the respective respondents.

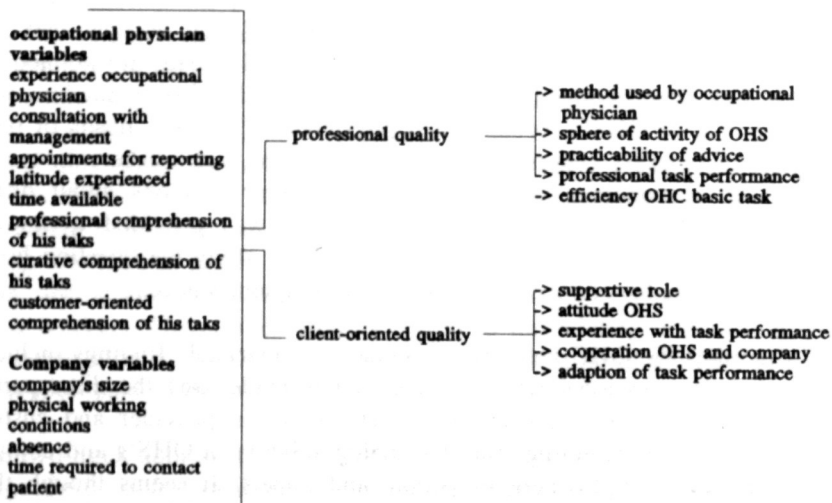


Figure 2. The research model

The principal findings related to *professional quality* can be summarized as follows. There are frequent contacts between OHS's and companies. An occupational physician of a JOHS makes more appointments for reporting than the occupational physician of a POHS. He reports more often. In general, reports are more often presented to the management than to the works council. The initiative to start on OHC activities is taken more frequently by the company than by the OHS. OHS's are seldom called in when activities on general policy are concerned (e.g. new buildings, reorganization). OHS's are primarily concerned with issues relating to the individual. Advice by OHS's is considered quite useful by personnel departments. In general the works councils are less positive about the quality of the advice than the personnel departments. Occupational physicians who formally do not have the task of claim assessment of social securities, however, frequently give their meaning on the workers'(in)ability to work. Employees seldom experience a relationship between periodic health check-ups and their work.

The occupational physician's role in the workplace is usually a reactive one, i.e. he responds to signals and requests by the company. In the perspectives of the works councils the basic tasks of OHC are not very effective.

The most striking findings related to *client-oriented quality* can be summarized as follows.

One-third to half of the personnel departments involved in this study are of the opinion that to a considerable extent the OHS's have a supportive role in the development of a social policy.

In the opinion of the works councils the OHS's' supportive role in social policy is less marked.

The OHS's are considered to be easily accessible services, but the attitude of their employees is not always experienced as customer-friendly. In general, apart from its basic tasks and first aid task the OHS's seem to develop few extra activities.

The implementation of the pre-employment health screening and a periodic health check-up is experienced positively by workers.

In 10 per cent of the companies with JOHS and in one-third of the companies with a POHS socio-medical counselling (SMC) is experienced as a kind of control. According to 90 per cent of the works councils of companies with a JOHS and about 50 per cent of the works councils of companies with a POHS have adequate knowledge of working conditions. Both OHS and company experience their cooperation positively.

The client (works council and workers) and the occupational physician have wishes that are not (yet) complied with in practice. Such is the case, in particular, with the periodic health check-up and the examination of the workplace. The works council and the workers support the occupational physician's wish of a less prominent socio-medical counselling (SMC). The opinions of the personnel departments on this issue are unknown.

Chapter 9 surveys the influence of a number of occupational physician variables and company variables on the quality aspects of OHC that were studied. Considering the cross-sectional character of this study, generally it can be said that no opinion can be given on the causality of the connections found. The findings can be summarized as follows.

Occupational physician related factors

When an occupational physician has worked for a company for a longer period (experience), a number of professional aspects are valued negatively. There is no significant influence of the occupational physician's experience on the client-oriented aspects of quality. As a remarkable difference between a JOHS and POHS emerged the fact that experience in POHS-companies resulted, in their opinion, in sufficient other activities of the OHS apart from its basic tasks.

The more an occupational physician consults the management of a company, the sooner contacts are established between the OHS and the workers who are sick. Frequent consultation with the company's management goes together with attributing more succes to the examination of the workplace. This may indicate that in their consultations with the management the OHS tests the feasibility of the examination of the workplace in advance as well as the solution to the problems resulting from it, and in doing so, it increases the effectiveness of its activities. Frequent consultation with the management, however, also goes together with two client-oriented quality aspects that are valued negatively: absence counselling by the OHS is more often perceived as a check on the workers, and, according to the

works council the OHS does not launch sufficient extra activities apart from its basic tasks.

The more frequently arrangements are made about reporting to the company, the more frequently the occupational physician has a client-oriented conception of his task. There is also a relationship with the occupational physician's method of working. If arrangements are made about reporting to the company, the cooperation between the OHS and the personnel department becomes more consistent. It turned out that expectations are met more satisfactorily by the OHS's in the sheer medical field (periodic health check-up), than in the examination of the workplace, where a discrepancy occurs between practice and aspiration or expectation.

In large companies the occupational physician experiences more *latitude*. It is remarkable that more latitude does not go together with the feeling that there is more professional autonomy. It seems that the OHS experiences more latitude when its function is aimed explicitly at SMC.

The more *time* the occupational physician has *available*, the more activities he will undertake. However, he does not translate the time available into activities that are appreciated by the client.

The influence of the occupational physician's comprehension of his task on the aspects of quality studied varies.

A more professional comprehension of his task goes together with a larger number of negative experiences by the client, such as sensing less support from the OHS by the works councils, and perceiving the attitude of the OHS as non-client-oriented. A professional attitude is experienced as a waiting and reserved attitude.

There is no significant relationship between a curative comprehension of one's task and aspects of professional quality. The more an occupational physician has a curative comprehension of his task the more absence counselling is felt as a check on the workers. Nonetheless, remarkable differences occur between POHS's and JOHS's.

In JOHS's an occupational physician's curative comprehension of his task corresponds with the works council considering his advice more often useful as well as with experiencing more support from the OHS. POHS, however, tend to experience the occupational physician's curative comprehension of his task negatively: the works council perceives absence counselling as a check on the workers, the cooperation between the OHS and the works council is less consistent. SMC is emphasized. Usually, this activity is the ambition of the POHS-occupational physician and the personnel department, and it is at the expense of (the possibility of) undertaking extra activities.

A more client-oriented comprehension of the occupational physician's task corresponds with less soon contacting workers who are sick, and more frequent arrangements about reporting. It seems that a client-oriented attitude is interpreted as the occupational physician being oriented towards the wishes of the works council and workers.

Company related factors

In larger companies less physically aggravating circumstances occur. The occupational physician experiences more latitude, and he has often worked there for a longer period. The larger the company, the more often the occupational physician will be called in in the field of general policy. In large companies the workers consider absence counselling by the OHS as a check on them. There is a difference between JOHS's and POHS's, which indicates that there is an interaction between company size and the workers experiencing absence counselling as a check on them.

The more physically aggravating circumstances occur in a company, the more an occupational physician will be allowed to carry out periodic health check-ups and examinations of the workplace according to his own wishes. Still, works councils in these companies experience less support from the OHS, and counselling is considered less useful.

There seems to be a discrepancy between what is experienced in practice and what the works councils expect from the OHS. It is remarkable that there is not any relationship between the working conditions in the company and the sphere of activity of the occupational health services.

The greater the *absenteeism* in the company, the more positive the image of the care provided by the OHS. The OHS itself experiences more elbow room, and a number of professional and client-oriented aspects of quality are assessed positively by the works council. There is, however, a contrast between JOHS's and POHS's. In companies with a JOHS there is a positive relationship between the extent of absenteeism and the quality experienced, whereas the opposite can be seen in companies with a POHS.

Possibly, in companies with a JOHS a high percentage of absenteeism is an unquestioned mutual point of interest for OHS and works council, a legitimization for OHS to develop activities. In companies with a POHS a high percentage of absenteeism is considered as a sign of a lack of efficiency.

The sooner OHS contacts sick workers, the more consultation there is between occupational physician and the company's management. This perceptible expression of SMC logically goes together with the works council and the workers experiencing absence counselling as a check on the workers, as well as a better cooperation between the OHS and the management. Nonetheless, there is a difference between companies with a JOHS and those with a POHS, which cannot merely be explained by the actual difference in performing socio-medical counselling, but which also has to do with the OHS's position as it is estimated (and maybe taken) by the client.

It can be said that a number of expected relationships between occupational physician related factors and company related factors and aspects of quality was not found. It turned out, that neither the characteristics of the working conditions, nor the size of the company influence the size of OHC activities. Apparently the client and his problems determine only to a limited extent the quantity of OHC supplied.

It was also found that the occupational physician variables and the company variables were not of any influence to whether the personnel department experienced support or not from the OHS. Save a negative relationship between the prevalence of physically aggravating circumstances and the fact that the works council considers the counselling useful, for the client (personnel department and works council) the occupational physician variables and the company variables apparently do not determine the usefulness of advising by the OHS.

Efficiency does not seem to be assessed on task level. There is a general efficiency assessment, and not a real assessment of effectiveness. It seems that efficiency is used by the works council as a measure for the efforts made by the OHS and an active attitude. When the OHS develops activities in the sense of periodic health check-ups and examination of the workplace this in particular is experienced as support by the works council.

There is a relationship between the works council and the workers experiencing SMC as a check on workers. Each in itself, however, seems to be influenced by different occupational physician variables: where the works council experiences SMC as a check on the workers when it goes together with the occupational physician having a more curative comprehension of his task, the workers themselves experience SMC as a check on them when it goes together with frequent consultation between OHS and the company's management.

Considerable differences may be established between companies with a JOHS and those with a POHS in the quality experienced (chapter 8) and related factors. The organizational structure of OHC seems to have essential consequences for the quality of OHC experienced by all parties involved. It was also found that the organizational structure of OHC had a major impact on a possible relationship between the quality experienced of OHC and the occupational physician variables and company variables. For a number of items, such as company size, absence, experience and the occupational physician's comprehension of his task, these differences were worked out into more detail.

The main conclusion is that aspects of professional quality are influenced in a different way and by other factors (occupational physician related or company related) than client related aspects of quality. Therefore, a balanced, two track advancement is required in developing quality assurance in OHS's. On the one hand it should be aimed at professionalism and on the other hand it should be client-oriented.

In chapter 10 consideration is given to the results of the study. It clearly reveals a number of areas of tension for the OHS. OHS's have to deal with a client system, where priorities are not established uniformly and where OHC activities are valued differently. Possible solutions for the OHS to get out of the area of tension resulting from this, can be looked for in efforts to comply with the client's wishes even more. This should be done along two tracks, which are a further development

of professionalism and the development of different tasks or comprehension of tasks that are better geared to the client's wishes. The importance for the OHS to pursue a balanced policy in quality assurance - on the one hand aimed at professional quality and on the other hand at client oriented quality - is elaborated on in the final chapter.

Concerning the question whether OHS's are capable of meeting the client's needs more than it was done so far, and whether OHS's can provide OHC cut to standard, it can be ascertained that there are different types of clients. OHS's will have to select the services they wish to provide and the clients they wish to reach. This creates an area of tension between the professional wishing to provide integral care and the trend - possibly intensified by considerations of cost - that clients only ask for isolated services, which puts a pressure on the coherence in OHC.

Professionalism should be developed further by protocolling OHC, by developing a professional code and a professional profile (for all disciplines working in the OHS), and by applying testing tools for professional quality, such as peer review.

An important role is reserved for the training institutes, as well as for institutes - yet to be established - where certificates can be obtained within the framework of quality testing (certificate-institutes).

Shifting opinions both in the professional group and society towards SMC and the OHS's role in this activity, are forcing the OHS to pay attention to position-finding and, if necessary, adjustment of the comprehension of its tasks. Performing tasks related to health insurance and tasks related to occupational medicine seems to be possible, provided that a number of conditions are met, i.e. that the OHS will not restrict itself to its SMC role, and that the OHS can sufficiently guarantee an autonomous position.

In conclusion, some recommendations concerning quality assurance in OHS's are given. In addition to the efforts of the OHS's, useful contributions can be made by the government as well as the professional group themselves, to give form and content to the quality of OHC. The *government* is supposed to steer and impose more. The *professional group* can do pioneering work in further developing professional quality of OHC. The *OHS's* themselves should develop quality assurance featuring a well-balanced structure of professionalism and client-orientation.

A. R. *Arbeidsbedrijven, grote zorgen.* Amsterdam, CORVU, 1989.

Brookus, B., Mangold, W. G. *Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation.* Health Services Research 26:6 (February 1991), 167-186.

Baaijoc, P. F. S. *Werk en werksituatie van bedrijfsartsen, werkplekbezoek.* Leiden: Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde/TNO, 1983.

Bayens, G. *Het Arbeidsjaarplan in de praktijk.* Maandblad Arbeidsomstandigheden 64:1, 1988, 30-37 en 5, 1988, 317-318.

Bayens, G. *Arbeidsjaarverslagen nader bekeken.* Maandblad Arbeidsomstandigheden 64:2, 1988, 91-95.

Bayens, G. *Arbeidszorg is mooi, maar wie verzorgt de deskundigen?* Maandblad Arbeidsomstandigheden 68, 7/8, 1992, 443-445.